

**Direction des Affaires Médicales, de la Recherche
et des Relations avec l'Université**

**Fiche de renseignements (à compléter en majuscules)
concernant les Etudiants en Médecine, Maïeutique Internes et Faisant Fonction d'Interne**

Situation :

ETUDIANT : MEDECINE MAIEUTIQUE
 PHARMACIE ODONTOLOGIE
INTERNE : D.E.S. D.E.S. M.G. PHARMACIE
 FFI

Etat Civil :

Nom : _____ Prénoms : _____
 Nom de jeune fille : _____
 Date de Naissance : Lieu : _____
 Nationalité : _____ (si titre de séjour : date de validité) _____

N° de SECURITE SOCIALE :

N° : _____ Rue : _____
 Code Postal : _____ Localité : _____
 Téléphone : Portable :
 Adresse Mail : _____
 Domicile Fiscal (si différent) :
 N° : _____ Rue : _____
 Code Postal : _____ Localité : _____

Adresse des Parents : _____

Téléphone :

Situation de Famille :

Célibataire Marié(e) Vivant maritalement
 Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Nom et prénom du conjoint : _____

Profession : _____

Nom, prénom des enfants et date de naissance :
 _____ _____
 _____ _____
 _____ _____

Compte bancaire ou postal (joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal)

Besançon, le _____

Signature : _____